

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 27

DE LA

Rhinotomie sous-labiale

DANS CERTAINES DÉVIATIONS GRAVES

de la Cloison nasale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 3 décembre 1910

PAR

ANDRÉ MAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Né à Auxonne (Côte-d'Or) le 24 février 1886



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14,

1910

DE LA

Rhinotomie sous-labiale

DANS CERTAINES DÉVIATIONS GRAVES

de la Cloison nasale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 3 décembre 1910

PAR

ANDRÉ MAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Né à Auxonne (Côte-d'Or) le 24 février 1886

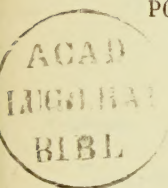


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14,

—
1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVF,
LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		X.,
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANNOIS, Président ; COLLET, Assesseur ;
MM. LERICHE et THEVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE COMMANDANT MAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE, LE DOCTEUR PRADAL

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

*En témoignage d'affection
ces pages sont dédiées.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

PROFESSEUR-ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé de tous ses conseils. Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse : qu'il soit assuré de notre vive et respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE TOULOUSE ET DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MON AMI
LE DOCTEUR M. ROTTIER

INTRODUCTION

Les déviations de la cloison nasale sont très communes. Examinant 370 crânes, Zuckerkandl avait constaté cette absence de rectitude dans 37.8 p. 100. Mackenzie et Taylor, dont les recherches portent sur 2.452 crânes, arrivent au chiffre de 79.9 p. 100.

Les méthodes opératoires qui se proposent le traitement de ces malformations sont nombreuses. On peut cependant les séparer en deux grands groupes, différenciés par la voie d'accès suivie. D'une part, les procédés qui utilisent la voie interne ou endo-nasale, et, d'autre part, ceux qui mettent en œuvre la voie externe ou exo-nasale.

Le procédé opératoire qui fait le sujet de notre travail relève de la chirurgie exo-nasale. Il fut décrit pour la première fois par le Dr Rouge, de Lausanne, en 1873. Avec le Dr Chalot, nous lui donnons le nom de « rhinotomie sous-labiale ».

Après avoir brièvement parlé des autres méthodes préconisées pour le traitement des cloisons déviées, en particulier des opérations sous-muqueuses, nous ferons l'historique du procédé de Rouge

et nous décrirons sa technique. Nous dirons ensuite les contre-indications et les indications du procédé. Et, parmi ces dernières, nous parlerons surtout des déviations graves de la cloison, amenant une obstruction nasale presque totale, et qui ne peuvent bénéficier des interventions sous-muqueuses. Nous exposerons enfin les résultats immédiats et éloignés, en nous basant principalement sur les observations citées.

Lorsque nous décrirons la technique opératoire du procédé de Rouge, nous insisterons surtout sur son troisième temps, celui qui consiste dans la résection et le redressement de la cloison déviée. Pour en faire la description, nous nous servirons des deux observations mises à notre disposition par notre maître, M. le professeur Lannois, et par M. le docteur Durand, chirurgien à l'Antiquaille, auxquels nous adressons nos sincères remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Des opérations diverses

Le chirurgien qui se propose le traitement des déviations de la cloison nasale peut mettre en œuvre diverses méthodes opératoires. Ces méthodes, très différentes, peuvent se diviser en quatre groupes principaux :

1^o Les procédés de rhinotomie osseuse (voie exo-nasale) ;

2^o Les opérations sous-muqueuses (voie endo-nasale) ;

3^o Les opérations portant sur l'ensemble de la cloison (voie endo-nasale) ;

4^o Les procédés de rhinotomie sous-labiale (voie exo-nasale).

Nous nous proposons l'étude rapide de ces diverses méthodes. Après en avoir exposé la technique opératoire, nous dirons leurs applications les plus courantes et les résultats obtenus.

DES PROCÉDÉS DE RHINOTOMIE OSSEUSE

Parmi ces procédés, deux seulement retiendront notre attention, celui d'Ollier et celui de Chalot.

L'opération d'Ollier, décrite par lui en 1886, con-

siste à renverser le nez de haut en bas. Quatre temps sont nécessaires : l'incision cutanée, la section osseuse, l'opération principale et les sutures.

« L'incision cutanée, en forme de fer à cheval, commence au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remonte vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescend à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez. Cette incision va du premier coup jusqu'à l'os ».

La section osseuse porte sur la charpente du nez, dans la direction de l'incision cutanée. On arrête la scie dès qu'on sent qu'on a dépassé les apophyses montantes. Le nez étant ainsi mobilisé, on le renverse en bas et on fait la ligature des branches des artères fronto-nasales.

Les fosses nasales étant alors largement accessibles, on peut pratiquer l'opération proposée, dans notre cas, celle du redressement de la cloison déviée. Aux ciseaux on fait une septotomie subtotale, sectionnant la cloison en haut ou en bas, selon la direction de la déviation. Le septum est ensuite mobilisé avec le doigt et maintenu au besoin par un drain.

Le nez est ensuite remis en place et les tégu-ments suturés en y comprenant le périoste.

Le procédé de Chalot est également une ostéotomie se proposant l'ouverture large des fosses nasales. Mais cette ouverture peut n'être qu'unilatérale, dénudant une seule fosse nasale, ou bilatérale, dénudant les deux fosses.

La technique opératoire de l'ostéotomie unilatérale est la suivante. Avec de forts ciseaux droits, sectionner les téguments de l'arête dorsale du nez sur la ligne médiane, jusqu'aux os propres. Prolonger l'incision au bistouri jusqu'à la racine du nez et mener une petite incision transversale croisant l'apophyse orbitaire externe.

L'os nasal est sectionné de bas en haut avec une scie fine ; puis, dans la direction de la petite incision transversale, on coupe au ciseau ce même os propre du nez, ainsi que l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On termine l'ostéotomie en fracturant et en renversant en dehors cette valve nasale, à l'aide d'une solide pince dont les mors sont garnis de tubes de caoutchouc.

Voilà selon la description qu'en fait le docteur G. Laurens dans son *Traité de Chirurgie*, l'ostéotomie médiane unilatérale de Chalot. Mais ce procédé est très insuffisant dans le traitement des déviations de la cloison. Il faut le compléter par l'ostéotomie bilatérale.

Après avoir opéré d'un côté, comme dans le procédé ci-dessus, sous l'arête dorsale du nez, on divise le septum de bas en haut avec une paire de cisailles. Faire alors une petite incision transversale à la racine du nez, semblable à celle du côté déjà opéré, sectionner avec le ciseau l'os nasal et l'apophyse montante et renverser en dehors ce deuxième volet.

L'ouverture des fosses nasales est alors complète, le septum est détaché de son insertion supérieure.

Il peut être alors mobilisé au doigt et maintenu en situation directe par le procédé que nous avons indiqué plus haut.

L'opération terminée, les volets se referment et sont suturés.

Les deux procédés dont nous venons d'exposer la technique opératoire offrent certains avantages. Les incisions cutanées sont simples et bien suivies ensuite par la section osseuse. De plus, les principaux vaisseaux arrivant par la base du nez qui est respectée ne sont pas atteints, et il n'y a donc pas de danger pour la vitalité de l'aument nasal.

Enfin ces procédés permettent l'accès des fosses nasales dans toute leur étendue et donnent beaucoup de jour.

Malgré ces avantages apparents, ils offrent des inconvénients réels. Nous les groupons dans les propositions suivantes que nous empruntons à la thèse de G. Galand :

1° Bien que faciles ce sont des opérations assez sérieuses et qui donnent beaucoup de sang.

2° Ces procédés sectionnent et meurtrissent un squelette fragile.

3° Ils laissent au milieu du visage une cicatrice très étendue.

Pour ces raisons diverses, nous ne proposerons pas, pour le traitement des déviations de la cloison, les opérations d'Ollier et de Chalot. Nous préfererons, et de beaucoup, un des procédés dont nous allons exposer la technique et les applications.

DES OPÉRATIONS SOUS-MUQUEUSES

D'une façon générale, ces opérations se proposent la résection du squelette de la cloison avec conservation de la muqueuse. Le type de ces procédés est celui connu sous le nom de méthode de Killian.

Le but de la méthode est la résection du squelette chondro-osseux de la cloison, en respectant les deux muqueuses qu'on accole ensuite dos à dos pour reconstituer un septum membraneux. Voici, brièvement résumés, les divers temps de cette opération, devenue très classique.

Sur la muqueuse du côté convexe on fait une incision de deux centimètres environ, s'arrêtant sur le cartilage. Aussi loin que possible sur ce côté convexe on décolle la muqueuse. On sectionne ensuite le cartilage lui-même pour découvrir la face adhérente de la muqueuse du côté concave. Décollement de cette muqueuse. Le squelette libéré étant engagé entre les deux valves d'un spéculum, on en pratique la résection dans toute la partie malformée ou déviée. Les deux muqueuses sont ensuite rapprochées, avec ou sans coutures et un tamponnement bi-latéral est installé.

Cette méthode, à laquelle Claoué, Mouret et Toubert, d'autres auteurs encore, ont apporté quelques modifications de détails, est devenue, grâce à sa technique rigoureuse, une opération très fréquente. C'est un procédé très élégant, ne nécessitant qu'une anesthésie locale, amenant une guérison rapide.

Théoriquement, c'est même l'opération la plus rationnelle, puisqu'elle respecte l'intégrité de la muqueuse nasale.

Nous devons cependant signaler les inconvénients qui ne rendent pas cette méthode toujours applicable.

Elle est tout d'abord d'une exécution difficile, remplie de délicatesse, arrêtant souvent un chirurgien même exercé.

L'objection la plus grave que l'on peut faire au procédé de Killian est qu'il n'est applicable facilement qu'aux déviations bien limitées de la partie antérieure de la cloison cartilagineuse.

Pour ces raisons principales, nous proposerons, dans certains cas limités, de lui substituer la méthode dont nous parlerons plus tard :

DES OPÉRATIONS PORTANT SUR L'ENSEMBLE DE LA CLOISON

Ces opérations ont pour but la mobilisation de la cloison soit cartilagineuse, soit osseuse, en empruntant toujours les orifices naturels comme voie d'accès.

A propos de la mobilisation de la cloison cartilagineuse, nous parlerons des procédés de Hajek, de Asch et de Moure.

L'ingénieux principe sur lequel sont basés ces procédés est le suivant : former au niveau de la déviation du septum une valve, un volet plus ou moins mobile sur sa charnière qui sera dans un deuxième temps refoulé et maintenu du côté de la

fosse nasale la plus perméable. Hajek, au bistouri et par transfixion du cartilage, forme un volet à peu près rectangulaire, ayant l'articulation chondro ethmoïdale pour charnière. Au bistouri et à l'aide de cisailles, Asch fait une section cruciale du cartilage formant ainsi quatre lambeaux. Moure pratique deux incisions du cartilage quadrangulaire, l'une parallèle à l'arête du nez, l'autre au ras du plancher et forme ainsi un lambeau à charnière postéro-supérieure.

Ce sont là d'excellentes méthodes, ne nécessitant qu'une anesthésie locale et corrigeant bien la plupart des déviations de la cloison. Leur exécution est assez facile et l'instrumentation en est très simple. Nous nous permettrons cependant de signaler certains de leurs désavantages.

Les seules déviations cartilagineuses sont traitées, de sorte qu'une déformation un peu profondément située ne peut en bénéficier. De plus, le procédé de Hajek a l'inconvénient de déterminer la formation d'un épaississement inférieur dans la narine perméable. D'autre part, l'incision cruciale de Asch ne peut s'appliquer aux déviations de la partie inférieure, car le redressement des deux triangles inférieurs devient alors presque impossible. Enfin le procédé de Moure ne peut être mis en œuvre que pour le traitement des déviations cartilagineuses tout à fait antérieures et peu prononcées.

Il existe encore un autre mode de chirurgie intranasale, se proposant également le redressement des déviations de la cloison. Nous voulons parler des

procédés ingénieusement employés par MM. C. et F. Martin et exposés par eux dans le *Lyon Chirurgical* de Janvier 1910. La méthode de ces auteurs consiste à obtenir la correction de la difformité en deux temps successifs :

« 1^o En produisant sur la cloison des fracteurs multiples et en ramenant les fragments ainsi produits sur la ligne médiane. C'est une sorte de traumatisme opératoire.

2^o En immobilisant ces fragments en bonne position, c'est-à-dire sur la ligne médiane au moyen d'un appareil qu'on laisse en place jusqu'à la consolidation complète. »

L'écrasement de la cloison est produit par une pince plate, dont les deux mors sont introduits dans l'une et l'autre narine, de force au besoin. Les diverses parties de la cloison brisée étant bien ramenées sur la ligne médiane, on applique l'appareil de contention. « Celui-ci est composé de deux lames parallèles de caoutchouc durci, de 1 centimètre de largeur, réunies entre elles à leur extrémité antérieure par un fil d'or faisant ressort et qui tend à les rapprocher. Ces lames s'enfoncent dans les narines de chaque côté de la cloison par leur extrémité libre. Chacune d'elles est doublée à sa face interne par une autre lame de caoutchouc durci. Ces dernières sont articulées sur les précédentes par un rivet placé à leur extrémité antérieure. Elles sont mobiles de bas en haut, et sont soulevées par un ressort s'attachant sur les lames inférieures, un peu en arrière du rivet ».

Le traitement des déviations par le procédé que nous venons d'exposer, donne des résultats excellents. Il est rapide, brusque, nous dirions même un peu brutal, et peut s'appliquer aux malformations de toute l'étendue du septum. Entre les mains exercées de ses auteurs, il a largement fait ses preuves. Mais, désirant suivre fidèlement notre plan d'étude critique, nous nous permettrons de signaler ses inconvénients.

Comme nous venons de le dire, ce procédé est brutal et aveugle. La déviation disparaît sous la pression de la pince, mais la muqueuse est profondément meurtrie et le squelette du septum porte souvent, même assez loin des points de pression, les traces du broiement. De plus, le maintien d'un appareil de contention, même parfaitement imaginé et construit, pendant le temps relativement assez long de quatre à six semaines, est difficilement accepté par le patient. Et si, chez l'adulte, on peut encore compter sur la patience et sur la volonté de guérir, nous ne pensons pas que l'on puisse faire, chez l'enfant, l'application exacte de la méthode.

Voici terminée l'étude des divers procédés des déviations de la cloison nasale que nous nous proposons. Nous l'avons faite un peu brève, désirant nous arrêter plus longuement sur l'étude de la rhinotomie sous-labiale, qui fait l'objet de notre travail.

CHAPITRE II

De la rhinotomie sous-labiale

Ce procédé opératoire, décrit en 1873, par Rouge, de Lausanne, consiste dans le rabattement du nez cartilagineux, de bas en haut. La méthode a pour voie d'accès dans les fosses nasales le sinus gingivo-labial.

Dans le présent chapitre, nous nous proposons d'abord l'étude de la technique opératoire du procédé imaginé par Rouge. Nous en ferons ensuite un bref historique, en étudiant sa fortune de 1873 jusqu'à nos jours.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Nous ne dirons rien du personnel, des instruments et des objets de pansement nécessaires. L'opérateur doit naturellement s'adjoindre deux aides, car l'anesthésie générale est indispensable. Les instruments seront ceux de la chirurgie courante, auxquels on ajoutera cependant quelques instruments spéciaux que nous indiquerons plus loin. Nous dirons

toutefois, qu'il faut s'assurer l'éclairage électrique obtenu soit par une lampe mobile, soit par un miroir frontal, celui de Clar, par exemple.

Nous étudierons de plus près, l'opération en elle-même, que nous diviserons en trois parties :

A : La préparation du malade.

B : L'opération.

C : Les soins consécutifs.

A. Préparation du malade.

Nous passerons rapidement sur les préparatifs usuels que nécessite cette intervention. Les jours qui la précéderont, la bouche sera sérieusement nettoyée avec de l'eau oxygénée, par exemple. L'antisepsie des fosses nasales sera assurée par des instillations d'huile mentholée, répétées plusieurs fois par jour.

La toilette du champ opératoire terminée, l'aide commence l'anesthésie. Un sommeil profond est nécessaire, car tout mouvement du patient doit être évité.

Cette première donnée, dont l'importance nous paraît évidente, n'est cependant pas acceptée par tous les auteurs. Les chirurgiens qui, depuis la communication de Rouge ont appliqué son procédé, ne l'ont pas suivi d'une manière intégrale, puisque certains d'entre eux, ont refusé l'anesthésie générale qu'il recommandait. C'est ainsi que, pour Lavrand, les injections locales de cocaïne et des badigeonnages d'adrénaline en solution au 1/1000 suffiraient. Kretschmann se montre aussi partisan de l'anesthésie locale, et préconise l'adrénaline.

Malgré ces assertions, nous ne croyons pas qu'une intervention ainsi faite, soit indolore. Dans la chirurgie intra-nasale courante, les solutions de cocaïne et d'adrénaline suffisent. Cette dernière a même sur la première, l'avantage d'agir sur les muqueuses enflammées. De plus, Mac-Farlane, Lermoyez et bien d'autres auteurs ont insisté sur la possibilité d'intervenir sur la cloison, en perdant très peu de sang, grâce aux propriétés de la substance decouverte par Takamine. Mais, dans une intervention plus étendue, comme celle qui fait l'objet de notre étude, l'anesthésie générale est nécessaire. Sans elle, comme le fait très justement remarquer Brünings, la forte élongation des parties molles serait trop douloureuse.

En outre, on épargnera ainsi au patient les sensations peu agréables que doit procurer le relèvement du nez sur la glabelle.

Pour hâter l'anesthésie, on peut faire précéder l'éther par le chlorure d'éthyle. Grâce à cette technique spéciale, le malade dort au bout d'une minute et demie environ.

La narcose obtenue, le malade est placé sur la table d'opération dans la position dite de Rose. On pourra, pour assurer l'immobilité parfaite de la tête pendante, la fixer dans un appareil spécial, un appui-tête analogue à celui que Sautier décrit en 1903, dans la *Cazette des Hôpitaux*.

B. Opération.

Nous la diviserons en quatre temps :

1^o Incision de la muqueuse dans le sillon gingivolabial ;

2^o Relèvement de l'auvent nasal et découverte des orifices squelettiques du nez ;

3^o Résection et redressement de la cloison ;

4^o Toilette et pansement de la plaie.

Premier temps.

L'aide placé à la tête du malade saisit la lèvre supérieure, au niveau des commissures, entre le pouce et l'index de chaque main. Il porte la lèvre en haut, en la maintenant tendue, comme pour l'appliquer contre les orifices narinaux. La lèvre ainsi disposée, « on incise la muqueuse dans le sillon gingivolabial de la première molaire gauche à celle qui lui correspond à droite ; le milieu de l'incision correspond au frein de la lèvre qui est divisé près de la racine ». Il faut avoir soin, en dirigeant l'incision, de ménager une petite lèvre inférieure qui permettra les sutures.

Deuxième temps.

A la rugine, on détache alors les parties molles de l'os sous-jacent. A l'aide des ciseaux, on sectionne ensuite la cloison cartilagineuse, de bas en haut, depuis l'épine nasale jusqu'au bord inférieur des os propres. Ce temps, qui est facile, permet de retrousser le nez, de reclinier le masque facial et de découvrir largement l'orifice antérieur osseux des deux fosses nasales.

C'est alors le moment de faire de l'hémostase. Elle sera faite par compression, avec de la gaze asepti-

que. Quelques secondes suffisent d'ailleurs pour arrêter l'hémorragie.

Deux écarteurs de Farabeuf sont appliqués, rabattant solidement le nez et la lèvre supérieure vers le front.

Troisième temps.

Le chirurgien a alors devant lui les orifices chondro osseux des deux fosses nasales. La cloison apparaît, verticale, avec sa déviation. Cette déviation sera réduite par un procédé d'élection, qui pourra être effectué en toute sécurité et en pleine lumière.

Quatrième temps.

La rectitude de la cloison étant obtenue, on rabat le masque facial qui se réapplique exactement. Pour maintenir le septum en bonne position, on pourra introduire dans l'une et l'autre fosse nasale des tubes aplatis et ovalaires, de différents diamètres, à parois perforées, tels que les a proposés Mayer.

Les bords de la plaie étant affrontés, on peut en pratiquer la suture. Si elle paraît nécessaire, on la fera très légère, en se contentant de quelques points en surjet.

On disposera enfin un pansement ouaté, compressif sans excès.

Nous venons de décrire l'opération de Rouge, telle que son auteur l'avait réglée en 1873. En faisant l'historique du procédé, nous dirons tout à l'heure les variétés opératoires que les auteurs en ont tiré depuis cette époque.

C. Soins consécutifs.

Comme dans toute intervention ayant nécessité l'anesthésie générale, le malade est maintenu au lit jusqu'à ce que le malaise qui suit la narcose soit passé. La température est régulièrement prise; elle ne dépasse d'ailleurs pas la normale.

Dans presque tous les cas, la réaction étant à peu près nulle, le malade peut se lever deux à trois jours après l'opération. Il existe néanmoins une tuméfaction du visage, plus ou moins considérable, mais, qui disparaît généralement assez vite.

Pendant quelque temps, il sera prudent de continuer l'antisepsie nasale et buccale que nous avons recommandée avant l'intervention.

MODIFICATIONS AU TROISIÈME TEMPS DU PROCÉDÉ
DE ROUGE, DANS LES RÉSECTIONS DE LA CLOISON

Il ne s'agit pas ici du redressement, mais bien de la résection de la partie de la cloison qui est déviée.

Pour pratiquer cette résection, des instruments spéciaux sont indispensables. Nous les citons, sans cependant les décrire : les rugines de Killian, un *speculum nasi* à longues branches droites, le couteau de Killian, une pince nasale à emporte-pièces, des ciseaux gouges, un marteau. Il sera également bon d'avoir à sa disposition un rabot de Carlton Jones.

Avant de commencer le décollement de la muqueuse dont nous allons immédiatement parler, il est bon de sectionner le cartilage le long de la sous-

cloison. Le septum cartilagineux apparaît alors entre ses deux muqueuses.

Avec la rugine de Killian, on décolle la muqueuse sur le côté convexe de la déviation, et aussi loin que l'on peut. On en fait ensuite de même du côté concave.

Avec le couteau de Killian, on sectionne alors le cartilage, et on enlève la partie réséquée avec la pince à emporte-pièces.

Le doigt est alors introduit dans la fosse nasale pour interroger sa perméabilité. On peut alors constater, du moins dans des cas assez nombreux, que cette fosse nasale n'est pas assez dégagée dans le bas. S'il en est ainsi, on peut compléter l'intervention par l'une des deux manœuvres suivantes :

α) Introduire le rabot de Carlton Jones et enlever, d'arrière en avant, l'arête constituée par l'implantation du cartilage sur la saillie verticale osseuse du maxillaire supérieur.

β) Faire sauter cette même arête, d'avant en arrière, avec la gouge et le maillet.

Le cartilage réséqué, les deux larmes muqueuses sont accolées. C'est du moins ce qu'ont fait MM. Lannois et Durand dans la première de leurs deux observations que nous citons.

Dans leur deuxième observation, l'adossement des deux muqueuses ne put être pratiqué. Du côté convexe, il se fit, en effet, une déchirure de la muqueuse. L'hémorragie qui survint alors fut très minime et le résultat opératoire ne fut pas compromis.

D'ailleurs, MM. Lannois et Durand sont d'avis qu'il ne faut pas tenir très grand compte de la déchirure de la muqueuse d'un côté au cours d'une intervention par le Rouge, pas plus que dans les opérations sous-muqueuses habituelles. M. le professeur Moure, par exemple, ne se préoccupe pas de la muqueuse du côté malade.

Malgré la déchirure, il reste un grand lambeau qu'on réapplique, et les pertes de substance se réparent facilement. On pourrait même ajouter que ces pertes de substance ne sont pas très défavorables : elles assurent une sorte de drainage entre les deux feuillets muqueux, et permettent d'éviter la mise en place du petit drain que recommande Kretschmann. Dans l'esprit de cet auteur, ce drain empêcherait la formation d'un hématome entre les deux muqueuses accolées par leur face périchondrale. La perte de substance due à la déchirure d'une des deux muqueuses arrive naturellement à ce résultat.

EVOLUTION DU PROCÉDÉ DE ROUGE

Comme déjà nous avons eu l'occasion de le dire, c'est en 1873 que le chirurgien de Lausanne décrit la méthode de la rhinotomie sous-labiale. Cette méthode était contenue dans ces deux propositions :

- a) « Ouvrir largement les fosses nasales afin de se rendre un compte exact de la lésion ;
- b) Eviter toute déformation de la face, toute cicatrice, afin de ne pas remplacer une infirmité par une mutilation ».

A cette époque, la communication de Rouge eut assez peu de retentissement. Le procédé n'était cependant pas oublié, et plusieurs chirurgiens anglais surent les premiers en tirer profit. En 1878, au congrès international des sciences médicales de Genève, Rouge rappelle sa méthode et donne soixante observations.

Knight en 1891, Chappel en 1892, pratiquent cette opération et présentent de brillants résultats. La même année, Rouge décrit à nouveau son procédé dans la Technique chirurgicale de Esmarch-Kowalzig. En 1893, Ch. Audry, de Toulouse, applique aussi la rhinotomie sous-labiale. Batut en 1894, Guinard en 1895, Rochard et Gouguenheim en 1896, Lavrand, Goris en 1900 et, plus récemment, G. Laurens, se servent de la méthode de Rouge.

Depuis cette époque, le traitement chirurgical des déviations de la cloison a été fréquemment tenté par des procédés qui, sous leur aspect de nouveauté présentent, selon nous, de grandes parentés avec l'opération qui nous occupe.

Les interventions proposées par Bardenheuer, Goris et Lœwe pour le traitement des sinusites de la face, dérivent en ligne directe de la rhinotomie sous-labiale. Cette « décortication de la face » n'est qu'un Rouge, un Rouge agrandi si l'on veut, mais ayant à peu près la même technique et conservant le même but : l'accès large sur les fosses nasales et l'absence de toute cicatrice.

En 1901, Arthur Ames Bliss, de Philadelphie, décrit, sous le nom d'opération d'Harrisson, un pro-

cédé qui préconise également le sillon gingivo-labial comme voie d'accès sur les fosses nasales.

En juin 1903, H. Caboche décrit un traitement des déviations de la cloison. A l'incision sous-labiale, il associe les incisions cruciales de Asch à travers le cartilage triangulaire.

La même année, Douglass recommande un procédé analogue à celui de Caboche, mais qui en diffère cependant par l'absence des incisions de Asch.

En 1903 encore paraît, dans *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, une méthode proposée par Ernst Winckler. C'est encore un dérivé du Rouge, mais ce n'est qu'un hémi-Rouge, puisque, d'après cet auteur, l'incision dans le sillon labial va simplement depuis l'épine du septum jusqu'à la canine du côté où l'opération doit avoir lieu.

En 1905, dans la *Revue de Laryngologie*, Gaudier a rapporté 25 cas de résection de la cloison dans lesquels il avait employé la rhinotomie sous-labiale.

Dans les *Berliner klinische Wochenschrift* de 1908, L. Løwe se montre partisan de la chirurgie exonasale. D'après lui, le procédé le plus pratique de ceux compris dans cette classe est celui indiqué par Partsch. Cette opération n'est autre chose que celle de Rouge. Mais Løwe en a modifié quelques points de technique et en arrive à décrire trois méthodes. L'incision est toujours labiale, mais la section ou le respect du frein de la lèvre lui permettent déjà de décrire deux premières méthodes. La troisième se différencie par le procédé de relèvement de la lèvre

supérieure : alors que Rouge recommande de la relever fortement au moyen de deux écarteurs placés au niveau des commissures, Lœwe préconise le relèvement par traction médiane. Mais, comme nous l'avons dit, ces points de détail ne peuvent constituer des entités opératoires. Et bien qu'en Allemagne la rhinotomie sous-labiale soit souvent appelée « opération de Lœwe », nous revendiquons pour Rouge, de Lausanne, l'honneur de sa première description.

En 1908, dans la *Münchener medizinische Wochenschrift*, paraît un long article de Kretschmann sur le traitement opératoire des difformités de la cloison. Il critique les diverses méthodes des auteurs, décrit le Rouge, et en arrive à proposer un procédé nouveau. Nous ne l'exposerons pas, mais nous dirons seulement que son premier temps opératoire est absolument celui de Rouge : l'incision sous-labiale, d'une canine à l'autre, au-dessous de l'épine nasale. Nous aurons plus tard l'occasion de revenir sur l'article de Kretschmann et de parler des critiques faites par Brünings et Halle.

Enfin, tout dernièrement, Lannois et Durand, de Lyon, ont appliqué la méthode de Rouge pour le traitement de déviations graves de la cloison. Nous avons déjà parlé de ces applications dans un précédent paragraphe.

Nous avons tenu à écrire cette étude d'ensemble des diverses méthodes qui ont pour but l'accès très large des fosses nasales. Nous n'avons voulu nous occuper ni des cas qui les avaient inspirées à leurs

auteurs, ni du but que ces derniers cherchaient à atteindre. Ce que nous avons désiré faire voir, c'est que, depuis Rouge, si le procédé a été modifié, il l'a été si peu, que l'ensemble de la description de 1873 n'a pas changé. Le chemin suivi pour atteindre les lésions n'a cessé d'être la voie sous-labiale et le principe de ne laisser aucune cicatrice visible est respecté.

Nous allons maintenant exposer les indications et les contre-indications de la méthode. Nous dirons aussi les résultats immédiats et éloignés.

CHAPITRE III

Des contre-indications et des indications de l'opération de Rouge

Le procédé que nous venons d'exposer et dont nous aurons l'occasion de dire longuement les avantages, n'est cependant pas la méthode unique, l'opération idéale dans tous les cas où il faut intervenir dans les fosses nasales. Nous ne le demandons que pour le traitement de certaines déviations de la cloison. Aussi, nous proposons-nous d'étudier d'abord les principales contre-indications, puis les indications dont nous réduirons fortement le nombre. Nous dirons ensuite les résultats post-opératoires.

A. — CONTRE-INDICATIONS

Moyen d'exploration.

L'opération de Rouge, relevant l'auvent nasal et découvrant les fosses nasales et leurs parois, certains auteurs ont voulu s'en servir comme moyen d'exploration. Nous ne discuterons pas cette proposition. Dans aucun cas, l'examen de l'intérieur du nez ne peut nécessiter pareille intervention. Nous

avons, à l'heure actuelle, trop de méthodes rhinoscopiques que peuvent venir compléter encore la radioscopie et la photographie, trop de procédés de palpation, pour faire supporter au malade, dans un simple but d'exploration, un pareil traumatisme.

Ozène.

C'était là, d'après Rouge, la principale indication de son opération. En faisant sa communication, il apportait de nombreuses observations de cas d'ozène traités par sa méthode chirurgicale. Evidemment, le lendemain de l'intervention, les jours suivants peut-être, l'odeur et les croûtes paraissaient avoir disparu. Mais nous ne croyons pas qu'à longue échéance, ces résultats aient pu se maintenir.

D'ailleurs, tout a été essayé contre l'ozène vrai. La tentative de Rouge ne devait pas plus réussir que l'électrolyse cuprique, le massage vibratoire, les injections de serum antidiphthérique n'ont tenu leurs promesses. Nous devrions cependant faire une exception pour les injections interstitielles de paraffine qui, entre les mains de Brœckaert et de Gersuny ont pu, dans certains cas, améliorer cette redoutable affection.

Polypes muqueux.

Ici encore, le traumatisme serait trop important, vu l'affection insignifiante qui est en cause. L'opérateur peut arriver à enlever même de gros polypes muqueux, en ne se servant, comme voie d'accès, que des orifices naturels et, comme instruments, que des curettes, des anses, des pinces de la pratique courante.

Syphilis tertiaire.

La rhinotomie sous-labiale fut encore mise en œuvre pour enlever des séquestres. Ch. Audry, de Toulouse, nous donne des observations de cas dans lesquels il a jugé le Rouge nécessaire à l'extraction de séquestres rebelles. C'est encore là, selon nous, une mauvaise application de la méthode. Pour amener des séquestres à l'extérieur, tous les moyens sont bons, à condition qu'ils conservent les orifices des narines ou des choanes comme voies d'accès. Et, d'ailleurs, si l'adhérence de ces séquestres paraît trop complète, on s'abstiendra de toute manœuvre, comptant sur la nature pour leur tracer elle-même un sillon d'élimination.

Polypes naso-pharyngiens.

Pour l'ablation de ces polypes, le Rouge n'est encore pas indiqué. Lorsque la tumeur est bien limitée au cavum, bien présentée, sans prolongements, les orifices naturels, narines ou choanes suffisent toujours. Les polypes céderont à l'électrotomie, à la rugination, à l'arrachement. D'autre part, lorsque la tumeur est très étendue et que l'on connaît mal le nombre et la direction de ses prolongements, le Rouge ne sera pas encore d'un grand secours. Par la rhinotomie sous-labiale, on arrivera sur un bourgeon qui, souvent, remplira à fond la cavité nasale. Comment alors arriver à l'insertion du polype, comment rechercher ses prolongements? Ce serait faire là une intervention inutile, et le Rouge, dans ces cas graves, sera plus avantageuse-

ment remplacé par des opérations plus étendues portant sur le palais ou le maxillaire supérieur.

Attaque des cavités accessoires.

Comme voie d'accès sur les cavités accessoires des fosses nasales, la rhinotomie sous-labiale est d'une pratique qui a donné parfois aux chirurgiens d'excellents résultats. Les observations de pareilles interventions sont nombreuses, et il semblerait étrange de nous opposer à une pareille application de la méthode, si nous n'en donnions les raisons.

Occupons-nous d'abord du sinus frontal. Nous ne dirons rien des cas où une chirurgie d'urgence s'impose. Aucun opérateur ne proposera, en effet, le Rouge pour des sinusites survenant au cours d'une méningite, ou pour une inflammation brusque des cavités nasales due à l'envahissement d'un phlegmon de l'orbite. Mais, au cours d'affections plus chroniques, certains auteurs ont préconisé la rhinotomie sous-labiale comme voie d'accès. Nous croyons qu'un curettage pratiqué par la voie nasale sera souvent insuffisant, et qu'une sinusectomie, qui reste parfois l'unique intervention à tenter, est impossible par cette même voie. D'ailleurs, l'opérateur peut mettre en œuvre bien d'autres procédés de trépanation par voie frontale, voie orbitaire ou voie mixte, bien réglés par Luc, Ogston et Killian, sans recourir à la méthode de Rouge.

L'attaque des cellules ethmoïdales ne saurait, elle non plus, tirer profit de la rhinotomie sous-labiale. G. Galand, dans sa thèse, en a fort bien dit les raisons. Le jour que l'on pourrait avoir sur les cellules, après

relèvement de l'auvent nasal, est encore insuffisant à cause de l'étroitesse normale des fosses nasales.

L'accès sur les cellules est même impossible dans les cas où un cornet moyen un peu volumineux, une déviation de la cloison viennent à barrer la route l'instrument. De plus, l'ouverture de ces cellules pratiquée de bas en haut n'est pas sans danger, car on travaille un peu à l'aveugle, dans beaucoup de sang, sans être à l'abri d'échappées vers l'orbite ou vers le crâne. A la rigueur, le Rouge agrandi, cette décortication de la face de Goris, dont nous avons eu déjà l'occasion de parler, trouverait mieux ici son application. Mais avec la majorité des auteurs, nous pensons que la voie orbitaire reste la voie de choix. Elle n'est pas l'opération idéale, mais elle est l'opération la plus sûre et la plus simple.

Les affections du sinus maxillaire ne bénéficieront pas non plus, à notre sens, de la méthode de Rouge. Ce procédé ne donne pas plus d'avantages que l'opération si bien réglée par Cadwell et Luc. C'est à elle qu'il faut s'en tenir, sans imposer au patient l'incision verticale de son septum.

Nous ne croyons pas non plus le Rouge nécessaire à l'attaque du sinus sphénoïdal. La plupart des rhinologistes suivent pour l'atteindre la voie intra-nasale, mais les orifices narinaux doivent rester la voie d'accès classique. La rhinotomie sous-labiale serait ici d'une utilité très contestable. Dans les cas où la voie nasale ne pourrait être sui-

vie, on se servira de celle proposée par Jansen et Furet à travers le sinus maxillaire.

Dans tous les cas que nous avons passés en revue, le Rouge n'est pas utile ; nous ajouterons même qu'on ne devrait pas le faire. En exprimant cette opinion un peu absolue, ce n'est pas la gravité de l'intervention que nous redoutons, puisque, comme nous le dirons, le Rouge est une opération facile à mener et sans suites graves. Nous voulons simplement dire que les affections que nous venons d'étudier bénéficieront bien davantage des procédés spéciaux que nous avons cités que de la rhinotomie sous labiale.

B. — INDICATIONS

Il est des circonstances où les orifices narinaux sont insuffisants pour intervenir et où l'on doit pratiquer la rhinotomie sous-labiale comme opération préliminaire. Ces cas sont relativement assez rares et c'est à cette qualité qu'ils doivent surtout de retenir notre attention.

Ostéomes des fosses nasales. — Ce sont des tumeurs bénignes, qui ne doivent leur gravité qu'à leur volume et à leur consistance. Enclavés dans les cavités irrégulières du nez, difficilement mobilisables, trop volumineux pour être extraits par les narines, ils méritent à bien des titres l'application de la méthode de Rouge. Une voix large est nécessaire à leur passage, les dégâts doivent être au minimum : la rhinotomie sous-labiale remplira ces conditions. C'est à elle seule que devra recourir le chirurgien.

gien en présence des graves symptômes dus à un ostéome volumineux et mal toléré.

Séquestres rebelles. — Nous avons déjà eu l'occasion de dire que la plupart des séquestres pouvaient et devaient être enlevés par les voies naturelles. Parfois cependant leur volume ou leur position rendent cette extraction impossible. Le procédé de Rouge vient alors offrir ses avantages de large ouverture des cavités nasales et d'absence de cicatrice. C'est encore là une indication précise de la méthode.

Tumeurs malignes. — Ici encore, si l'état général du sujet est satisfaisant, la rhinotomie sous-labiale trouvera son application. Nous ne signalons son utilité que pour ajouter qu'on la préférera aux opérations de Chalot et d'Ollier : elle découvre aussi largement les cavités nasales et ne laisse pas de cicatrice apparente.

DÉVIATIONS DE LA CLOISON

C'est là l'indication que nous nous proposons d'exposer le plus longuement. Evidemment, nous ne prétendons pas faire de la rhinotomie sous-labiale le traitement idéal des déviations du septum. Nous désirons simplement montrer que le procédé de Rouge convient de la façon la plus exacte à certains cas graves qui ne peuvent bénéficier des divers modes opératoires que nous avons eu déjà l'occasion d'exposer. Ce sont précisément ces cas que nous allons étudier, avec leurs symptômes objectifs et fonctionnels.

Les malformations de la cloison relèvent de trois variétés principales, constituées par les positions que peuvent prendre les deux lames juxtaposées qui la forment. Les malformations portant sur tout l'ensemble de la cloison constituent les déviations proprement dites; la dislocation en un point de l'une des lames ou des deux lames séparément constituera les deux autres variétés de malformations, les crêtes et les éperons. Mais certains cas présentent des déviations irrégulières. On ne peut y délimiter la participation des lames et toute classification en est impossible. C'est à peine si la division en déviations verticales et déviations horizontales de Lœwemberg leur est applicable. Nous verrons par la suite que c'est à ces cas graves que la rhinotomie sous-labiale doit être réservée.

Avec Sarremone, nous reconnaissons que les traumatismes et le manque d'harmonie entre le développement de la cloison et celui des parties environnantes sont les principaux facteurs étiologiques de ces graves déformations septales.

Normalement, la cloison se développe en harmonie avec le développement du crâne et de la face qu'elle unit. Si, pour une raison quelconque, la face ou le crâne ne suivent pas un développement parallèle, la cloison, qui est le point faible, cède et cherche à se loger dans la cavité trop étroite qui lui est laissée. C'est là l'origine de bien des malformations graves de la cloison chez les enfants.

Le rôle du traumatisme est aussi important. Il agira par luxation ou fracture du cartilage, voire

même de la lame ethmoïdale. La lésion produira une dépression d'un côté de la cloison et un épaississement de l'autre côté. Du côté épaissi, il se produit souvent une périchondrite qui augmente encore le volume de la saillie, dont la muqueuse portée au contact des cornets et irritée par eux, vient encore ajouter son épaississement à celui sous-jacent à elle. La fosse nasale ne tardera pas à être complètement obstruée par la grave malformation due au traumatisme.

Au point de vue anatomique, quelle est la participation des deux lames du septum dans la constitution des malformations ? Les déviations supérieures portent sur le haut de la cloison, et, en particulier, sur la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. La convexité est dirigée plus souvent à droite qu'à gauche. Les déviations inférieures siègent à l'union du septum osseux et du septum cartilagineux. L'angle dièdre formé constitue la déviation. Si le vomer lui-même est dévié, la déviation est très oblique et peut même devenir parallèle au plancher des fosses nasales. Quand les déviations supérieures et inférieures existent en même temps, elles vont souvent en contre-partie l'une de l'autre. La cloison affecte alors la forme d'S. Ces malformations sont graves par leur irrégularité et leur étendue : le procédé de Rouge leur conviendra parfaitement.

Quels sont maintenant les symptômes qui nous amèneront au diagnostic de ces déviations et qui autoriseront le chirurgien à appliquer la méthode

que nous proposons? Ces symptômes sont des symptômes objectifs et fonctionnels.

A l'inspection, la plupart des cloisons déviées ne donnent pas au nez un changement de forme très appréciable. Il en est bien autrement quand il s'agit des graves malformations qui nous occupent. L'arête nasale peut présenter une saillie dans le sens antéro-postérieur due à un excès de développement de la cloison. Le nez prend alors cet aspect décrit sous le nom de bec à corbin. L'exemple classique en reste le nez du Dante. Cette malformation peut être encore exagérée considérablement.

A la suite d'un traumatisme, la cloison peut être latéralement déviée. La forme extérieure du nez en est quelquefois affectée. (D. Mollière, (*Lyon Médical* 1888), nous en a donné des exemples.

L'examen rhinoscopique pratiqué à l'aide d'un speculum est presque toujours possible et donne de bons résultats. Dans certains cas, cependant, la malformation septale est telle que l'introduction des valves de l'instrument n'est plus possible. La palpation indirecte, au stylet, complète l'examen. Après cocaïnisation de la muqueuse nasale, le stylet est introduit avec la plus grande douceur. Les parois et la cloison sont minutieusement visités, d'abord avec un instrument rigide. Pour faire le tour de la déviation, pour apprécier sa direction, une tige malléable sera préférable, car elle sera susceptible de prendre telle courbure que l'on jugera utile.

Mais, dans les cas qui nous occupent, cet examen

au stylét est même parfois impossible. La malformation est tellement considérable, l'orifice narinaire si obstrué, qu'un instrument, même filiforme, ne peut y pénétrer. A ces cas encore, nous appliquerons la méthode de Rouge qui donne, sur les fosses nasales, la large voie d'accès que nous avons étudiée.

Au point de vue fonctionnel, les troubles entraînés par les déviations graves de la cloison nasale, sont également intéressants à étudier. Une malformation peut amener de l'obstruction des fosses nasales uni ou bilatérale. Elle agit d'une façon négative en empêchant l'action physiologique de ces fosses, ou d'une façon positive, en déterminant par le fait même de son existence, divers troubles pathologiques.

La respiration, l'olfaction et la phonation seront les fonctions les plus gravement atteintes. Les travaux de Aschenbrandt, de Bloch et de Schütter nous ont montré l'importance de la respiration nasale et les dangers de sa suppression plus ou moins complète. Chez l'enfant en bas âge, cette suppression augmente alors de gravité. Ne pouvant pas respirer par le nez, l'enfant ne pourra téter, ou ne le fera qu'avec difficulté et sera de ce fait menacé de mort ou d'un développement défectueux.

L'olfaction pourra aussi être atteinte dans les cas où une déviation grave, irritant les cornets, en produit l'hypertrophie et empêche la pénétration de l'air dans la fente olfactive. Il en résultera un degré d'anosmie plus ou moins considérable.

Enfin, une forte déviation gênera la libre circulation des ondes sonores à travers les fosses nasales. La prononciation de certaines consonnes ou diphtongues en sera déplorablement altérée. Il y aura de la rhinolalie, affectant si vivement certains sujets.

L'action positive d'une déviation de la cloison consiste en des troubles auditifs, oculaires, intellectuels même. Les premiers sont dus surtout à l'obstruction mécanique ou inflammatoire de la trompe. Les seconds reconnaissent le plus souvent comme cause la compression de l'orifice nasal du conduit lacrymal. Quant aux troubles intellectuels, on en connaît mal la pathogénie. Ils ont été signalés pour la première fois par Rupprecht en 1868, et depuis les auteurs en ont souvent parlé. Guye, en 1887, créa le mot d'aproxexie pour désigner cet état de dépression psychique en relation avec l'insuffisance nasale. Pour Zarniko, ce serait là un mode de neurasthénie.

L'étude clinique des symptômes et des divers troubles que nous venons de résumer ne doit heureusement pas être rapportée à tous les cas de déviation de la cloison. Il est évident que ces troubles diminuent ou augmentent selon l'étendue de la malformation. Une crête légère, un éperon peu prononcé n'offriront le plus souvent aucun signe fonctionnel et presque pas de signes objectifs. Une obliquité de la cloison, si elle est peu marquée, n'amènera pas son porteur à réclamer un traitement chirurgical, ou même médical. Nous savons, d'ail-

leurs, de quel nombre restreint sont les cloisons parfaitement rectilignes : les statistiques placées au début de notre travail en sont une preuve.¹

Avec la plupart des auteurs, nous sommes également d'avis de proposer au malade qui désire être opéré une intervention proportionnée à l'étendue de sa déviation. Nous ne voulons pas faire du procédé de Rouge la méthode unique, idéale, pour le traitement des déviations de la cloison. Les opérations que nous avons résumées dans un précédent chapitre, certaines d'entre elles du moins, seront, dans la plupart des circonstances, celles que le chirurgien devra mettre en œuvre. C'est ainsi que le procédé de Killian, par son élégance et la perfection de sa technique, sera l'opération qui satisfera le plus souvent tous les desiderata du malade et du praticien. C'est l'intervention la plus couramment appliquée, celle que tout chirurgien doit savoir faire.

Mais il est des cas qui ne peuvent être ainsi traités. Ce sont ceux qui nous ont amené à faire l'étude des symptômes et des troubles produits par une déviation grave de la cloison. C'est à ces malformations, qui détruisent l'harmonie du visage, qui troublent d'importantes fonctions physiologiques, qui menacent même l'existence de certains enfants, et qui ne peuvent bénéficier des interventions habituelles que nous réservons l'opération de Rouge. Nous avons insisté précédemment sur ces interventions courantes pour bien montrer que nous ne voulions pas les ignorer. Nous en avons montré à dessein les qualités et les applications. Que l'on

nous excuse maintenant d'avoir eu à cœur de plaider, peut-être un peu longuement, la cause de la rhinotomie sous-labiale et de l'avoir réclamée pour le traitement de ces graves malformations devant lesquelles les autres procédés sont impuissants.

CHAPITRE IV

Des résultats obtenus dans le traitement de certaines déviations par l'opération de Rouge.

Les résultats obtenus après l'application du procédé de Rouge peuvent être considérés à deux points de vue :

1^o Les résultats immédiats.

2^o Les résultats éloignés.

C'est en conservant cette classification que nous nous proposons de faire leur étude.

A. RESULTATS IMMÉDIATS

Nous pouvons considérer ces résultats immédiats de deux façons, selon que nous envisageons l'état local ou l'état général du malade.

1^o Etat local :

Malgré la facilité de son exécution, malgré la rapidité avec laquelle l'opération peut être conduite, il est de toute évidence que les parties molles qui forment la face et le nez se ressentent des tiraillements auxquels on les a soumises. C'est là un fait

que nous ne pouvons nier. Mais cette légère tuméfaction qui suit immédiatement toute intervention par le procédé de Rouge, n'est cependant pas celle que certains auteurs ont bien voulu décrire, ces derniers temps surtout.

Dans le *Münchener medizinische Wochenschrift* de 1908, nous avons lu de Brünings un long article, intitulé : Résection orale ou nasale de la cloison. Un des gros inconvénients que cet auteur trouve dans le procédé de la rhinotomie sous-labiale consiste dans la tuméfaction énorme et persistante de la face. Nous nous hâtons de dire que cette opinion s'éloigne très sensiblement de la vérité. Comme nous l'avons dit plus haut, cette enflure du visage existe : tous les opérateurs, depuis Rouge, l'ont constatée. Mais ce qu'ils ont vu aussi, c'est sa limitation à la lèvre supérieure, au nez dans son ensemble et aux sillons naso-géniens. Ce qu'ils disent encore, et Kretschmann est très affirmatif sur ce point, c'est la disparition complète de cette tuméfaction naso-labiale au bout de trois à quatre jours, coïncidant avec le retrait des drains-tampons qu'on a pu placer.

Continuant avec énergie sa critique de l'opinion soutenue par Kretschmann, Brünings reproche à la méthode orale des lésions plus étendues de la muqueuse que dans la méthode nasale. A première vue, la critique de Brünings peut paraître bien fondée. Mais, cependant, nous ne croyons pas, et ceci est une idée générale applicable à d'autres procédés, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de

tenir absolument compte de l'intégrité de la muqueuse, des deux côtés de la cloison. L'adossement des deux muqueuses, respectées sur toute leur étendue pendant l'intervention, après résection de la malformation cartilagineuse, est le but généralement recherché. Il semble que le résultat seul valable de l'intervention soit à ce prix. Eh bien, malgré l'opinion de la généralité des auteurs et des chirurgiens, nous croyons que le résultat sera également très bon dans le cas où seule la muqueuse d'un côté sera respectée. Une muqueuse suffit à former le diaphragme nécessaire entre les deux fosses nasales. D'ailleurs, nous avons précédemment insisté sur ce point spécial.

Dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 7, 1910, Halle parle longuement de la querelle de Kretschmann et de Brünings. Il reprend les arguments de Brünings contre la méthode orale. Il dit, comme nous venons de l'exposer, que l'application du procédé de Rouge non seulement nécessite la narcose, non seulement peut amener des lésions plus graves de la muqueuse, mais encore entraîne des suites opératoires moins simples, puisque le malade doit garder le lit quelques jours. Nous ne pouvons pas voir là une objection bien grave. Evidemment, l'intervention est plus considérable, en rapport avec une déviation plus considérable elle-même, et puisque l'anesthésie générale est indispensable, un court séjour au lit ne peut étonner. C'est un argument sans valeur, puisqu'il est tout entier contenu dans l'un de ceux déjà cités, la narcose.

Quant aux résultats pratiques, ils sont bons et ne peuvent être contestés. Après un Rouge habilement fait, tous les graves symptômes objectifs et fonctionnels, dont nous avons fait l'étude, ont disparu. La forte déviation pour laquelle la rhinotomie sous-labiale a été mise en œuvre n'existe plus. Certes, le septum n'a pas acquis la rectitude parfaite qu'aucun procédé et aucun chirurgien ne peut lui donner. Mais il est sensiblement droit. L'arête nasale, si elle était déviée latéralement, est ramenée dans un plan presque sagittal. Quant à la respiration, elle bénéficie largement de l'intervention. Le patient, dont les fosses nasales sont maintenant libres, peut faire comme normalement de fortes inspirations par le nez. La respiration orale tend à se supprimer, selon la volonté du malade, au bénéfice de la respiration nasale. Et ce bien-être, dû au rétablissement de la fonction, est un des résultats immédiats les plus probants pour justifier l'intervention.

Les douleurs de tête, sur lesquelles le porteur d'une déviation grave du septum attire souvent l'attention du médecin, disparaissent avec le retour de la respiration nasale.

Ce sont là des résultats que l'on ne peut chercher à contester, tant leur évidence est nette.

2^o Etat général.

Quant à l'état général, une intervention aussi simple ne peut l'atteindre, si la technique opératoire que nous avons indiquée a été bien suivie. Il n'y aura à peu près pas d'élévation de température, si tous

les soins d'asepsie nasale et buccale que nous avons prescrits ont été exécutés. Mais une opération est surtout grave par les suites qu'elle peut avoir : infection, fièvre, etc. Or, et nous insistons sur ce point, la fièvre, quand elle existe, ne dépasse guère 38° et disparaît dès le second ou troisième jour. Brünings parle d'une infection possible par la plaie labiale. C'est chercher bien loin des arguments contre la méthode que nous défendons. Cette infection est si peu à redouter que beaucoup d'auteurs, parlant du Rouge, recommandent même de ne pas suturer la plaie opératoire. C'était, d'ailleurs, l'avis de l'auteur du procédé : « L'opération terminée, dit-il, on lave à grand eau, pour enlever le sang et les caillots, puis on laisse retomber la lèvre qui se réunit toute seule, sans suture quelconque ». Voici encore, parlant sur le même sujet, ce que dit Kretschmann : « Malgré la longue plaie du sillon gingivo-labial, l'infection n'est pas à craindre, à cause du peu de virulence des germes buccaux ».

B. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Après les petits phénomènes de tuméfaction naso-labiale et de légère ascension thermique que nous avons signalés, tout rentre très rapidement dans la normale. Le redressement de la cloison déviée reste stable, et l'ancien malade ne tarde pas à bénéficier tout à fait du nouvel état de son organe.

Peu à peu, grâce à une ventilation pulmonaire plus complète, grâce à une circulation sanguine plus facile, de grands changements se créent dans

l'état général du sujet. Une déviation grave de la cloison paraît n'être le plus souvent qu'une infirmité à laquelle il ne semble pas très utile d'apporter une attention immédiate. Et, cependant, comme l'a fait très judicieusement remarquer R. Leroux dans les *Annales des maladies de l'oreille* de 1907, une obstruction nasale, qui n'est que le résultat d'une déviation prononcée de la cloison, peut aggraver et même provoquer une tuberculose pulmonaire chez son porteur. Cette tuberculose peut être due à de multiples causes, dont les principales sont : la suppression des moyens de défense de la cavité nasale, la production de déformations thoraciques, l'altération des fonctions de nutrition. Le redressement de cette déviation grave par le procédé que nous défendons pourrait donc être considéré, dans certains cas spéciaux, comme une prophylaxie très raisonnable des affections pulmonaires.

Le poumon n'est pas le seul organe qui bénéficie du rétablissement de la fonction nasale. Le cœur, qui subit si fidèlement l'influence du poumon sain et pathologique, retrouve le bon fonctionnement qu'une ventilation pulmonaire mal assurée lui avait fait perdre. La respiration et la circulation redeviennent normales, l'état général du sujet s'améliore rapidement. Si le malade opéré était jeune, cette transformation est encore plus manifeste. L'enfant grandit, se développe, se débarrasse de cette sorte d'état neurasthénique qu'est l'aprosxie, et, avec la vigueur physique, retrouve la vivacité intellectuelle de son âge. Le « cancre nasal » dont

parle Raulin a disparu. Mais, évidemment, lorsque nous parlons des enfants, nous n'entendons pas par là les nourrissons et les petits enfants de moins d'un an. Halle a longuement montré, et avec tout l'humour qu'il pouvait mettre en œuvre, le peu de portée de l'argument de Lœwe, qui réclamait l'application du procédé de Rouge chez les nourrissons et les enfants en bas âge.

Nous ne voulons pas insister davantage sur les résultats immédiats ou éloignés que nous venons d'étudier. Evidemment, dans bien des cas, dans la plupart des cas même, une méthode autre que celle de Rouge amènera les mêmes phénomènes d'amélioration. Mais, nous le répétons, nous ne proposons le redressement des déviations du septum par la rhinotomie sous-labiale que pour un nombre restreint de malformations, celles qui ne pourraient être radicalement opérées pas les procédés de Killian, de Asch ou de Moure. Avec notre maître, M. le professeur Lannois, nous croyons, comme la plupart des auteurs, du reste, que les opérations sous-muqueuses, bien que plus délicates, doivent rester à la base de toutes les interventions sur la cloison. Mais si le chirurgien n'est pas assuré d'arriver à faire, à l'aide des procédés dont nous venons de parler, une opération bien complète, pourquoi ne penserait-il pas à la méthode décrite en 1873 par Rouge ?

Comme nous avons eu l'occasion de le dire, on a, recherches faites, peu employé cette méthode, du moins pour le traitement que nous demandons.

Lœwe, en Allemagne, et Gaudier, en France nous ont bien apporté de longues séries de cas opérés (Lœwe en cite 53 !), mais ces séries sont trop belles pour être cliniquement sincères. Ces chirurgiens, peut-être après des examens un peu superficiels de leurs malades, ont appliqué la méthode par principe. Or, et nous tenons à le dire encore une fois, nous ne demandons ce traitement spécial que pour certains cas, spéciaux eux-mêmes, et rares.

Nous croirons ne pas avoir vainement travaillé, si nous avons pu faire accepter la rhinotomie sous-labiale pour le traitement des déviations graves de la cloison nasale. Pour conclure, nous ne saurions mieux faire que de citer les propositions placées par Leroux à la fin de l'article dont déjà nous avons parlé : « La respiration normale doit se faire par le nez, et par le nez seul. Toute respiration buccale est mauvaise. Si la respiration nasale fait défaut, on doit à tout prix la rétablir, et la rétablir rapidement et largement. Cette règle est absolue ».

Et aux auteurs qui, demanderaient pour toutes les cloisons déviées les procédés de résection sous-muqueuse, nous répondrons avec Lermoyez que cette résection sous-muqueuse, cette « panacée des nez bouchés » ne convient pas à tous les cas.

« C'est dans un choix judicieux que se révèle l'expérience du praticien. En embrassant trop aveuglément la religion chirurgicale d'outre-Rhin, nous nuisons à nos malades, et aussi à nous-mêmes » (Lermoyez).

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I (D^r LAURENS)

(in Thèse de G. Galand, 1902)

Femme âgée de 40 ans, présentant une déviation complète de la cloison à droite, avec synéchie, et début d'emphysème pulmonaire.

Rhinotomie sous-labiale. Résection sous-périchondrique et sous-périostée du cartilage et du vomer.

Le champ de perméabilité est augmenté par le turbinotomie du cornet inférieur droit.

Le résultat a été excellent. Il n'y a aucune perforation de la cloison, ce qui, du reste, était secondaire, mais l'obstruction nasale droite a totalement disparu.

La respiration pulmonaire s'est améliorée parallèlement.

OBSERVATION II (D^r LAURENS)

(in Thèse de G. Galand, 1902)

Fillette de 5 ans, amenée pour une obstruction nasale bilatérale datant d'un traumatisme ancien.

A l'âge de 3 ans, l'enfant qui, jusque là avait une perméabilité nasale normale et un nez rectiligne, fit une chute sur la face. Immédiatement après, il se produisit une déviation de la cloison avec occlusion narinaire double qui nécessita au Ton-

kin, où résidaient ses parents, une intervention chirurgicale. On tenta de redresser la cloison et de rétablir le champ respiratoire.

En novembre 1900, je vis l'enfant et constatai :

1^o Une déformation nasale considérable, due à la luxation du cartilage quadrangulaire qui, complètement basculé, ferme entièrement les fosses. L'arête dorsale du nez, de rectiligne, a une forme en S; l'organe est complètement aplati;

2^o Une adhérence du cartilage au cornet inférieur gauche: il est impossible de glisser le plus fin stylet; l'air ne passe aucunement de ce côté;

3^o Une obstruction nasale avec toutes ses conséquences et en particulier, coryzas fréquents, agitation nocturne, et cauchemars constants.

Une intervention opératoire pour corriger la déformation et rétablir la fonction nasale est proposée et acceptée.

Rhinotomie sous-labiale. L'incision de la muqueuse faite, dans un second temps je retrousse et rabats le lobule en haut après avoir détaché la sous-cloison. Le jour donné par cette manœuvre permet d'apercevoir le cartilage complètement luxé, en travers.

Dans un troisième temps, résection sous-périchondrique du cartilage dans la fosse nasale droite.

Dans un quatrième temps, section de la bride cicatricielle fibreuse qui unit dans toute sa hauteur et sur une grande longueur le cartilage au cornet inférieur gauche et au pourtour de l'échancrure nasale de ce côté. Temps difficile et délicat en raison de l'épaisseur de la synéchie.

Dans un cinquième temps, résection sous-périchondrique du cartilage dans la narine gauche.

Enfin, je pratique la turbinotomie des deux cornets inférieurs de manière à obtenir une meilleure perméabilité.

L'opération longue et laborieuse ne présenta comme suite qu'un épiphora abondant du côté gauche qui cessa dès que le tamponnement fut enlevé le troisième jour.

Pendant six semaines, en raison du bourgeonnement intense de la plaie nasale au niveau des cornets, il fallut faire des pansements tous les deux jours, souvent quotidiens, cautériser à l'iode, le tout très difficile en raison de l'indocilité de l'enfant.

Le résultat cherché fut obtenu :

1^o Au point de vue esthétique, l'axe nasal devint sinon rectiligne, du moins beaucoup moins sinueux qu'avant l'opération ;

2^o Au point de vue respiratoire, l'enfant respire des deux côtés également bien.

Un an après, les parents écrivirent que le résultat s'était maintenu et qu'il n'y avait plus d'obstruction nasale.

OBSERVATION III (D^{rs} LANNOIS et DURAND)

Société française d'Otologie et de Laryngologie, mai 1910 et In *Revue heb. de laryngologie* (résumée)

La nommée J. B., cinquante ans, vient consulter pour la première fois le 29 juin 1909. Elle croit qu'elle a toujours été gênée pour respirer et a toujours dormi la bouche ouverte. Cette gêne a été aggravée depuis de nombreuses années par des coryzas de grande intensité qui amenaient de l'obstruction nasale presque complète. Céphalée presque continue. Phénomènes d'asthme, troubles digestifs.

A l'examen, on est d'abord frappé de l'étroitesse des orifices narinaux, qui forment de véritables fentes et que le speculum écarte difficilement. Hypertrophie des cornets inférieurs, qui viennent toucher la cloison. Celle-ci est d'ailleurs très déformée ; elle présente à droite une déviation en masse qui commence dès le vestibule et, après cocaïnisation, on voit que cette déviation s'étend jusqu'à la partie la plus profonde de la cloison qui bombe dans la fosse nasale, l'obstruant totalement au niveau du cornet moyen. Il semble d'ailleurs qu'il y ait, en même temps, un peu d'épaississement de la cloison.

Il paraissait indiqué de pratiquer chez cette malade une résection sous-muqueuse de la cloison, mais celle-ci semblait dès l'abord difficile à exécuter en raison de l'étroitesse si accusée des narines, de l'hypertrophie des cornets inférieurs et de l'étendue de la déviation.

On fait d'abord des cautérisations profondes sur la muqueuse hypertrophiée. Le côté gauche recouvre sa perméabilité, mais le côté droit reste toujours obstrué. Ce traitement traîne jusqu'à la fin de septembre.

La résection sous-muqueuse nous paraissant impossible, nous nous décidâmes à intervenir par la méthode de Rouge, pour avoir un jour suffisant que nous refusait le vestibule nasal.

La malade fut opérée le 9 décembre 1909

Voici comment on procéda à l'intervention :

Longue incision du cul-de-sac gingivo-labial en ménageant un lambeau gingival. On pénètre dans les deux fosses nasales suivant la technique habituelle.

Section de la cloison en avant de la déviation, à peu près dans le plan de l'orifice osseux des fosses nasales; on relève le grand lambeau naso-labial. Le jour est considérable.

Avec la rugine de Killian, on décolle la muqueuse qui apparaît, épaissie, sur la tranche de section de la cloison. La muqueuse rendue flottante très loin en arrière et en bas, on résèque la plus grande partie de la déviation au couteau de Killian. On complète cette résection avec une pince emporte-pièce.

Le doigt introduit dans la narine droite constate qu'elle est encore très obstruée dans la partie inférieure par une déviation de la crête osseuse palatine qui sert à l'insertion de la cloison. On prend de nouveau la rugine de Killian et on poursuit le décollement du muco-périoste jusque sur le plancher des fosses-nasales. Au ciseau et maillet et au davier-gouge on fait disparaître cette saillie, travaillant sous le contrôle de la vue et du doigt, jusqu'à ce que le passage soit parfaitement libre dans les deux fosses nasales.

Tout ceci s'est passé très simplement, avec une perte de sang très minime.

Restauration. On rabat le lambeau naso-labial pour repérer la place des points qui sutureront la cloison sectionnée. Le lambeau relevé à nouveau, deux fils sont passés de telle sorte qu'ils seront noués dans la narine droite. Ces fils sont noués par l'orifice de la plaie labio-nasale, doucement et avec soin, puis le sillon gingivo-labial est restauré suivant la technique habituelle. Pas d'incident post-opératoire; léger suintement muco sanguin, un peu de tuméfaction naso-labiale, qui s'atténue d'ailleurs rapidement et disparaît en 5 ou 6 jours. Les fils de catgut se résorbent seuls; on ne s'en occupe pas. Lavages fréquents.

Dès les premiers jours, après l'enlèvement des mèches, la respiration se fait facilement.

L'évolution fut absolument normale, sauf qu'il se produisit un assez gros bourgeon charnu à l'orifice de la narine gauche, qui fut réfréné par deux cautérisations au nitrate d'argent. De plus un des fils de catgut qui pendait dans la narine droite fut enlevé et laissa à sa place un petit pertuis gros comme une aiguille à tricoter.

La malade quitte l'hôpital, le 22 décembre. Elle dort la bouche fermée, n'a plus de phénomènes dyspnéïque ou digestifs.

Le bon résultat obtenu parut brusquement compromis dans les premiers jours de mars : la muqueuse des cornets était devenue à nouveau hypertrophique et obstruait le conduit respiratoire. Sous l'influence de pulvérisations de protargol à dose faible (1/40) tout rentra rapidement dans l'ordre.

Vers le milieu d'avril, la malade a été revue : la respiration est bonne, le petit pertuis de la cloison ne s'est pas augmenté. La malade se plaint seulement d'un peu d'anesthésie douloureuse de la partie médiane de la lèvre supérieure.

Il est à noter que la forme de son nez s'est trouvée heureusement modifiée, les orifices narinaux étant devenus plus pyriformes et la base du nez s'étant élargie d'une manière très appréciable.

OBSERVATION IV (KRETSCHMANN 1910)

(Résumée)

Il s'agissait d'une déviation de la cloison à droite qui venait déprimer le cornet inférieur et obstruait complètement la fosse nasale. Du côté gauche, il y avait un énorme soulèvement du plancher de la fosse nasale qui venait toucher le cornet inférieur, de sorte qu'il n'y avait plus trace du méat inférieur. On fait l'opération de Lantelme, analogue au Rouge. Après que la cloison eut été enlevée, il fallut aussi faire sauter à la gouge l'épine nasale et la partie supérieure de la crête voisine. De même à gauche un copeau osseux fut enlevé à la gouge sur le plancher de la fosse nasale.

La guérison se produisit très simplement et le résultat fut

très favorable : le nez est perméable des deux côtés, le septum est bien vertical.

Les maux de tête dont le malade se plaignait avant l'opération ont disparu.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. LANNOIS et DURAND)

Le nommé M..., 41 ans, a fait divers séjours dans les hôpitaux de Lyon pour de l'entéro-colite chronique qui s'est déclarée à son retour de Cochinchine où, il avait fait 4 années de service militaire. Il a été également soigné dans le service des maladies génito-urinaires pour des troubles de la miction, et envoyé de là dans le service des maladies nerveuses pour des troubles divers (inégalité pupillaire, douleurs à caractère fulgurant, mais sans signe de Romberg et avec réflexes rotuliens conservés). Léger disque d'albumine.

Il se plaignait aussi d'avoir facilement des bronchites depuis 5 ans et d'avoir de la gêne pour respirer, surtout la nuit ; il ne pouvait dormir que la bouche ouverte et c'est à cela qu'il attribuait sa toux et son état général peu satisfaisant. On lui trouvait des signes de bronchite et des râles de congestion pulmonaire, d'ailleurs assez variables et fugaces.

L'examen du nez montrait une déviation totale de la cloison à droite, débutant à un centimètre à peine de l'orifice narinaire, occupant toute la hauteur de la cloison, et se prolongeant très loin en arrière. Cette déviation datait de l'enfance, et était très apparente à l'extérieur.

Il était très difficile d'introduire le speculum en raison de l'étroitesse de la fente narinaire. Le malade pouvait encore faire sortir un peu d'air dans l'expiration forcée, mais rien ne passait à l'inspiration. Il demandait avec instance qu'on fit quelque chose pour lui. Une sous-muqueuse paraissait difficile en raison de l'étendue verticale et horizontale de la déviation. On se décida à intervenir par la rhinotomie sous-labiale.

Celle-ci fut pratiquée par MM. Durand et Lannois, le 29 juin 1910.

Incision de Rouge comme dans l'observation précédente : la

sous-cloison est détachée de la cloison cartilagineuse sans incision de celle-ci, ce qui, d'ailleurs, n'est pas un avantage, car cela rend plus difficile le début du décollement de la muqueuse avec les rugines de Killian. Lorsqu'on arrive vers le milieu de la déviation, surtout vers sa partie inférieure, on déchire la muqueuse du côté convexe, ce qui donne une hémorragie plus gênante que dans le premier cas, mais qu'on arrive cependant assez vite à contrôler. Le reste de la muqueuse se décolle facilement jusqu'à la partie la plus profonde.

On enlève alors toute la partie cartilagineuse avec le couteau de Killian, et la plus grande partie de la cloison osseuse avec une pince nasale coupante. Malgré cela, on se rend aisément compte, en mettant le doigt dans la narine, que la perméabilité n'est pas rétablie, et on n'obtient réellement celle-ci qu'après qu'un coup de gouge a fait sauter l'épine nasale et l'arête du maxillaire supérieur avec tout ce qui avait pu rester de la partie inférieure de la cloison. Il est à noter qu'on ne s'est pas embarrassé à ce moment de conserver intacte la muqueuse du côté dévié : un fragment fut enlevé à la partie inférieure dans le coup de gouge, et avec les ciseaux, on fit également disparaître un lambeau qui flottait au niveau de la déchirure qui s'était produite au début du décollement. Il paraissait suffisant pour maintenir la cloison que la muqueuse du côté sain fût conservée dans son intégrité.

La suture de la muqueuse à la sous-cloison fut faite comme dans le cas précédent, la lèvre rabattue et fixée par trois points de catgut. Tamponnement de la narine avec des mèches de gaze.

Suites simples. Pas d'hémorragie secondaire : l'œdème labial et péri-nasal resta modéré, de même que l'ecchymose. On remplace les mèches le deuxième jour, après lavage à l'eau oxygénée. Les mèches sont définitivement enlevées le cinquième jour. Insufflation de poudre d'aristol, et application de pommade airolée à 1/20 pendant la nuit.

Le malade cessa de se montrer à la consultation le 22 juillet et, bien qu'il y eut encore des croûtes sur la cloison, il pouvait être considéré comme guéri. Le résultat fonctionnel était excellent.

Il a été revu au commencement du mois d'octobre en bon état, bien que la respiration ne fût toujours pas aussi aisée à droite qu'à gauche. La cloison est devenue à peu près verticale, sauf dans la partie la plus profonde et inférieure où la région osseuse fait encore une petite saillie arrondie.

Il y a de l'insensibilité de la moitié gauche de la lèvre supérieure.

CONCLUSIONS

1^o Dans la grande majorité des cas, les opérations sous-muqueuses par voie endo-nasale peuvent et doivent être appliquées au traitement des déviations de la cloison.

2^o Certaines malformations graves du septum (larges déviations de la cloison s'étendant très loin sur la région osseuse, avec ou sans synéchies, étroitesse des orifices narinaires ou des fosses nasales, etc...) ne peuvent cependant bénéficier de ces interventions classiques, et nécessitent une rhinotomie.

3^o Des diverses rhinotomies, la rhinotomie sous-labiale de Rouge doit seule être retenue.

Bien qu'elle nécessite l'anesthésie générale et qu'elle expose à des hémorragies, d'ailleurs facilement contrôlables, ses avantages sont :

- α) Elle est simple comme exécution.
- β) Elle ne touche pas au squelette.
- γ) Elle donne beaucoup de jour.
- δ) Elle ne laisse aucune cicatrice visible.
- ε) Elle est praticable, même chez l'enfant.
- η) Elle n'a pas de suites opératoires graves.

4^o Par les qualités que nous venons d'énoncer et en dépit de ses légers inconvénients, l'opération de Rouge dans le traitement des déviations graves qui nous occupent, répond bien aux desiderata du malade et du chirurgien.

Le Président de la Thèse,
LANNOIS.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Lyon, le 17 novembre 1910.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARIFEFF. — Etude des rhinotomies osseuses antérieures.
Thèse de Paris, 1907.
- ASCH. — Traitement de la sténose nasale due à une déviation du septum. *The Laryngoscope*, juin 1899.
- AUDRY. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.
- BATUT. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1894.
- BLANC. — Variétés cliniques et traitement chirurgical des déviations de la cloison des fosses nasales,
Thèse de Lyon, 1905.
- BLISS (Arthur Ames). — XXIII^e Congrès de l'Association américaine de laryngologie, 1901.
- BOTEY (Ricardo). — Traitement des déviations verticales de la cloison cartilagineuse. *Annales des maladies du larynx*, juillet 1897.
- BRUNINGS. — Résection orale ou nasale de la cloison? *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1908, n^o 41.
- CABOCHE. — Un procédé de traitement des déviations de la cloison nasale. *Annales des maladies de l'oreille*, 1903.
- CARTAZ. — Traitement des déviations de la cloison nasale. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899.
- CASABIANCA. — Des affections de la cloison des fosses nasales
Thèse de Paris, 1876.
- CASTEX. — Documents pour la chirurgie du nez. 10^e Congrès français de chirurgie, 1896.
— Maladies du larynx, du nez et des oreilles, 1907.
- DOUGLAS (Beanson). — Traitement de la sténose nasale due à une déviation de la cloison. *The Laryngoscope*, juin 1899.
— Les erreurs du septum. *The Laryngoscope*, 1903.

- ESCAT. — Traitement des déviations de la cloison. *Annales des maladies du larynx*, juin 1898.
— *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1906.
— Technique oto-rhino-laryngologique, 1910.
- ESMARCH-KOWALZIG. — Technique chirurgicale, 1892.
- FARABEUF. — Manuel opératoire, 1895.
- FREER. — *Archiv für Laryngologie*, Band XX.
- FRENDENTHAL. — Fracture des os propres du nez avec déviation et perforation de la cloison. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1903.
- GALAND (Gaston). — De la rhinotomie sous-labiale. Thèse de Paris, 1902.
- GAREL. — Diagnostic et traitement des maladies du nez, 1910.
— et COLLET. — Atlas stéréoscopique d'anatomie du nez et du larynx, 1897.
- GAUDIER. — Traitement des déviations de la cloison nasale. Résection sous-muqueuse du cartilage par la voie sous-labiale. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1905.
- GLEASON. — Opération pour corriger les déviations du septum nasal. *The Laryngoscope*, novembre 1896, septembre 1897, août 1902.
- GORIS. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1899, 1900.
- GOUGUENHEIM. — Les traumatismes de la cloison nasale. *Semaine Médicale*, septembre 1896.
- GUINARD. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1895.
- HAJEK. — Opérations des déviations de la cloison. *Internat. Klin. Rundschau*, 1892.
- HALLE. — De la méthode orale et nasale dans les opérations sur la cloison. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1910, 7 Heft.
- HARRISSON CRIPPS. — *Lancet*, 1877. Tome I.
- KILLIAN. — Résection fenêtrée sous-muqueuse de la cloison. *Archiv. für Laryngologie*, 1904.
- KNIGHT. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1892.
- KRETSCHMANN. — Sur le traitement opératoire des difformités de la cloison. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1908, n° 44.
— Traitement opératoire des difformités de la cloison. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1910, n° 29.
- KRIEG. — Atlas der Nasenkrankheiten, 1901.

- LANNOIS. — Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx, 1908.
- LANNOIS et DURAND. — Déviation de la cloison. Résection sous-muqueuse après rhinotomie sous-labiale. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1910,
- LAURENS. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique, 1906.
- LAVRAND. — *Journal des sciences médicales*, de Lille 1900. 1903.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie, 1909, tome XVIII.
- LERMOYEZ. — Congrès de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, 1908.
- LEROUX. — Obstruction nasale et tuberculose. *Annales des maladies de l'oreille*, 1907.
- LEYNIA DE LA JARRIGE. — Traitement des malformations nasales Thèse de Paris 1902.
- LOEWE. — Sur la chirurgie du nez. *Centralblatt für Chirurgie*, 1900, n° 50.
- Chirurgie de la cloison du nez et des sinus supérieurs. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1900.
- Chirurgie du nez. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1894, n° 7.
- MALHERBE. — *Archives internationales d'oto-rhino laryngologie*, 1894.
- MAI TIN. — Traitement des fractures du nez et des déviations de la cloison nasale. *Lyon Chirurgical*, janvier 1910.
- Traitement des fractures du nez et des déviations de la cloison nasale. *Province dentaire*, novembre 1910.
- MÉNIER. — Maladies du nez, 1906.
- MERMOD. — Quelques inconvénients de la résection sous-muqueuse de la cloison déviée.
- Congrès français d'oto-rhino laryngologie, 1909.
- MIGNON. — L'esthétique du nez. Les malformations nasales et leur traitement. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1907.
- MOLLIÈRE. — Note sur la chirurgie esthétique du nez. *Lyon Médical*, 1888.
- MONOD et VANVERTS. — Traité de technique opératoire, 1907.
- MORELL-MACKENZIE. — Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne, 1887.

- MOURE. — Traitement des déviations de la cloison nasale. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, mars 1901.
- MOURET et TOUBERT. — Rapport sur le traitement des déviations de la cloison des fosses nasales. -- *Archives internationales de laryngologie*, 1906.
- NICHOLS. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1895.
- OLLIER. — Traité des résections, tome III.
- ONODI. — Die Nebenhohlen der Nase, 1905.
- PETIT. — Considérations sur la chirurgie actuelle du septum nasal. Thèse de Bordeaux, 1908.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- POULET et BOUSQUET. — Pathologie externe, 1893. Tome II.
- ROCHARD et GOUGUENHEIM. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1893.
- ROSENTHAL. — Sur les déformations de la cloison du nez et leurs traitements chirurgicaux. Thèse de Paris, 1888.
- ROUGE. — Nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de l'ozène, 1873.
- Compte-rendu du Congrès international des sciences médicales de Genève, 1878.
- SARREMONE. — Des malformations de la cloison du nez. Thèse de Paris, 1894.
- SIEUR et JACOB. — Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus.
- SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE, 1910.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- THORNER. — Observations sur l'opération de Asch. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, mai 1900.
- TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique.
- Anatomie topographique, 1903.
- TRÉMOLIÈRES. — Fractures du nez et leur traitement. Thèse de Toulouse, 1910.
- WINKLER. — *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1903, n° 8.
- ZARNIKO. — Résection fenêtrée de la cloison nasale déviée. *Archiv. für Laryngologie*, 1904.
- ZUCKERKANDL. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs annexes (traduction de Moure).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — Des opérations diverses.....	11
CHAPITRE II. — De la rhinotomie sous-labiale.....	21
CHAPITRE III. — Des contre-indications et des indications de l'opération de Rouge.....	33
CHAPITRE IV. — Des résultats obtenus dans le traitement de certaines déviations par l'opération de Rouge.....	47
CHAPITRE V. — Observations.....	55
CONCLUSIONS.....	63
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	65
